

En collaboration avec



Par Carl Fournier, MD

## L'arthrose en présence d'insuffisance rénale

Jeannine, âgée de 68 ans, vous consulte pour une douleur inguinale droite présente à la marche, parfois associée à de la claudication et s'accompagnant de raideur matinale d'une durée d'environ 20 minutes. Cette douleur est apparue de façon graduelle il y a plusieurs mois, sans traumatisme. Malgré la consommation régulière d'acétaminophène, son état s'est peu amélioré.

Elle est suivie pour une insuffisance cardiaque de classe 2 et elle prend plusieurs médicaments (tableau 1).

Elle souffre d'insuffisance rénale chronique légère et son dernier taux de créatinine noté au dossier est de 140  $\mu\text{mol/L}$  (normale de 60 à 120). Ses valeurs sont stables depuis deux ans.

À l'examen, sa tension artérielle est à 130/80 mmHg, ses battements sont de 68/minute, son poids est de 70 kg et sa taille de 1,60 m (indice de masse corporelle de 27). L'examen cardiopulmonaire est normal et son abdomen est souple, sans adénopathie inguinale. Vous notez une limitation de la flexion et de la rotation interne de sa hanche droite. Les pouls périphériques sont légèrement diminués. Elle ne présente pas d'œdème aux membres inférieurs.

Vous songez à un diagnostic probable d'arthrose puisque, en revisant son dossier, vous notez qu'elle a déjà subi une radiographie du col fémoral démontrant de l'arthrose avec une ostéodensitométrie osseuse normale et avec un score T à la colonne lombaire de -0,6 et de -1,0 au col fémoral.

Elle doit quitter dans deux semaines pour Cuba et souhaite jouer au golf avec son époux au cours de leur voyage.

Tableau 1

### La médication de Jeannine

- Métoprolol (25 mg, 2 deux fois par jour)
- Lisinopril (20 mg, 1 fois par jour)
- Atorvastatine (20 mg, 1 fois par jour)
- Nitroglycérine sublinguale (au besoin)
- Acide acétylsalicylique (325 mg, 1 fois par jour)
- Acétaminophène (500 mg, 2 comprimés, 4 fois par jour)

### Si vous songez à lui prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens, quels sont les éléments importants à vérifier?

Il faut évaluer les facteurs de risques de complications digestives :

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Antécédents d'ulcères peptiques non compliqués
- Antécédent de perforation, d'obstruction ou de saignement digestif
- Prise de corticostéroïdes
- Prise d'anticoagulant
- Prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), incluant l'acide acétylsalicylique à faible dose
- Antécédent de maladie cardiovasculaire

Jeannine présente trois facteurs de risques : elle est âgée de 68 ans, prend de l'acide acétylsalicylique et a des antécédents de maladie cardiovasculaire. Elle n'a jamais souffert d'ulcère ni de complications digestives.

### Quelle catégorie d'AINS convient davantage à cette patiente qui présente un taux de créatinine élevée?

Étant donné son risque de complication digestive, l'utilisation d'un coxib est indiqué. Il n'y a cependant aucun

anti-inflammatoire non sélectif ou coxib qui soit plus sécuritaire qu'un autre au niveau de la fonction rénale. Il faut d'abord évaluer la fonction rénale avec un bilan incluant le taux d'urée, de créatinine et d'électrolytes. Il faudra calculer la clairance de la créatinine avec la formule suivante :

En présence d'insuffisance rénale chronique, avec une clairance de créatinine inférieure à 30 mL/min, on évitera les AINS. Si la clairance se situe entre 30 et 60 mL/min, une surveillance étroite de la fonction rénale s'impose.

Dans le cas de Jeannine, il faut donc procéder à une surveillance étroite de la façon suivante :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)} \times 1,2 \text{ (x 0,85 pour une femme)}}{\text{Taux de créatinine } (\mu\text{mol/L})}$$

Le cas de Jeannine :

$$\frac{(140 - 68) \times 70 \text{ (kg)} \times 1,2 \times 0,85}{140 \text{ } (\mu\text{mol/L})}$$

Réponse : 36,72 mL/min

- Surveiller les électrolytes (Na, K, Cl), l'urée et la créatinine après cinq à sept jours à deux reprises lorsque l'on initie le traitement. Par la suite, faire un contrôle tous les trois mois.
- S'il y a une augmentation de la dose, reprendre la même séquence de contrôles.
- Cesser le traitement si le potassium est plus élevé que 5,5 mmol/L ou si le taux de créatinine augmente de plus de 20 à 25 %.
- Procéder à une vérification de la tension artérielle aux sept jours à deux reprises, puis aux trois mois.

### Une fois les AINS prescrits, quels conseils donnez-vous à Jeannine pour ses vacances?

Il sera important de lui dire de bien surveiller son hydratation et de cesser les AINS advenant le cas où elle ne s'hydraterait pas suffisamment ou souffrirait d'une gastro-entérite. Si elle souffre d'une gastro-entérite importante, a des problèmes d'hydratation ou est exposée à une grande chaleur, il serait prudent de suspendre le traitement pour quatre à cinq jours en attendant un retour à la situation normale.

Il est donc important de bien évaluer les patients à risques de complications avec l'utilisation des AINS en tenant compte du risque de complications digestives, mais aussi cardiovasculaires et rénales. *Clin*

Le bureau de formation médicale continue de l'Université de Montréal a développé un atelier d'éducation médicale continue, CURATA 2, qui discute de l'utilisation des anti-inflammatoires dans le traitement de l'arthrose en présence de co-morbidités. Pour plus d'informations, contactez Madame Diane Jean, secrétaire de la formation médicale continue de l'Université de Montréal : [diane.jean@umontreal.ca](mailto:diane.jean@umontreal.ca).

### Avez-vous une question?

Grâce à la formule de la rubrique *Experts-conseils*, les médecins ont maintenant l'occasion d'interroger leurs collègues spécialistes au sujet de diverses questions relatives à leur pratique quotidienne. Envoyez-nous vos questions à l'aide de la feuille que vous trouverez à côté du *Médi-test* ou écrivez-nous à l'adresse électronique suivante :

**[clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)**

Une tasse *Le Clinicien* sera envoyée aux médecins dont la question sera publiée.